**日本ボツリヌス治療学会**

**２０２３年度　ワークショップ in 博多　参加申込書**

実施日：２０２４年１月２０日（土）１２：３０～１６：２０

会　場：博多国際展示場＆カンファレンスセンター２階２０４

　　　　　　　　〒812-0008 福岡市博多区東光2丁目22番15号

ご氏名（フリガナ）：

会員（会員No.　　　　）・非会員 ※あてはまる方を〇で囲んで下さい。

　　　　　　　　　　　　　 　　　　※会員番号はおわかりでしたらご記入ください。

勤務先・所属部署：

電話番号：

E-mailアドレス：

**※ご連絡事項※**

* 申込書をメール添付にて事務局宛[に２０２３年１２月２２日（金曜）までにお申込みのうえ、参加費を](mailto:c-ishihara@tokushima-u.ac.jp）に２０２３年１２月２２日（金曜）までにお申込みの上、参加費を)**２０２４年１月１２日(金曜)まで**に下記口座にお振込みください。

参加費：会員　５,０００円 ・ 非会員　８,０００円

初期臨床研修医は無料（申し込み時に初期臨床研修医証明書を提出お願いします。）

お振込み先：

銀　　　行：三菱東京UFJ銀行

支　　　店：六本木支店 (店番コード：045)

口座番号：普通預金　0457359

口座名義： ニホンボツリヌスチリヨウガツカイ

* 参加申込書送付先：日本ボツリヌス治療学会事務局。

E-mail：[c-ishihara@tokushima-u.ac.jp](mailto:c-ishihara@tokushima-u.ac.jp)

* 領収証は銀行から発行されるご利用明細票をもって代えさせていただきます。
* 学会発行の領収証がご必要な場合は、事務局にメールにてご連絡ください。
* ご入金後のご返金はできませんので、ご了承いただきますようお願い申し上げます。

※入金にかかる手数料は会員負担となりますので、予めご了承ください。

※お問い合わせ先

日本ボツリヌス治療学会事務局

〒770-8503　徳島県徳島市蔵本町３丁目18-15　藤井センター４偕 ４０８

　徳島大学医歯薬学研究部 先端創薬臨床研究室内

　　　石原　千鶴子

TEL：088-633-7943（内線 7946）　FAX：088-634-6469

E-mail：c-ishihara@tokushima-u.ac.jp